

**PERSOONALLISUUDEN YHTEYS HOITOON SITOUTUMISEEN
KÄYTETTÄESSÄ KÄYTTÄYTYMISEN AKTIVAATIOTA JA
MOTIVOIVAA HAASTATTELUA MASENNUKSEN JA
YHTÄAIKAISEN PÄIHDEHÄIRIÖN HOIDOSSA**

Oona Mäenpää
Syventävien opintojen kirjallinen työ
Tampereen yliopisto
Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta
Toukokuu 2019

OONA MÄENPÄÄ: PERSOONALLISUUDEN YHTEYS HOITOON SITOUTUMISEEN
KÄYTETTÄESSÄ KÄYTTÄYTYMISEN AKTIVAATIOTA JA MOTIVOIVAA
HAASTATTELUA MASENNUKSEN JA YHTÄAIKAISEN PÄIHDEHÄIRIÖN HOIDOSSA

Kirjallinen työ, 31 s.
Ohjaaja: Professori Olli Kampman

Toukokuu 2019

TIIVISTELMÄ

:

Tampereen yliopisto

Persoonallisuuden tiedetään vaikuttavan sekä masennuksen, että päihdehäiriön esiintyvyyteen, riskiin ja hoitoon. Masennus- ja kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito on haastavaa, ja on vaikeaa tunnistaa, millä perusteella paras hoitomuoto tulisi valita. Hoitoon sitoutuminen on tärkeä hoidon tehoon vaikuttava tekijä. Persoonallisuuden vaikutusta hoitoon sitoutumiseen on kuitenkin tutkittu hyvin vähän.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin Masennustalkoot II -aineistoa, johon kuului 242 potilasta viideltä avohoitoklinikalta ja yhdeltä osastolta Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueelta vuosina 2009-2013. Tutkimukseen mukaan ottamisen kriteerinä oli vähintään keskivaikea masennus, ja osa potilaista kärsi lisäksi päihdeongelmasta. Kaikkia potilaita hoidettiin kuuden viikon ajan käyttäytymisen aktivaatiomallin mukaan, ja lisäksi päihdeongelmaisten ensimmäisillä hoitokerroilla käytettiin motivoivaa haastattelua. Potilaiden persoonallisuutta tarkasteltiin alussa ja kuuden viikon kohdalla Cloningerin temperamentti- ja karaktääri-inventaarion avulla, ja tämän mallin piirteistä koostuva kokonaisuus on tässä tutkimuksessa määritelty potilaan persoonallisuudeksi. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin näiden persoonallisuuden piirteiden yhteyksiä käyttäytymisen aktivaation ja motivoivan haastattelun toteutuneisiin hoitokertoihin. Lisäksi tarkasteltiin piirteiden yhteyksiä hoidon keskeytymisen syihin.

Kuuden viikon kohdalla arvioiduista persoonallisuuden piirteistä hyväksynnän hakemisella oli tilastollisesti merkitsevä positiivinen yhteys motivoivan haastattelun istuntojen lukumäärään kaksoisdiagnoosipotilailla. Tulokset viittaavat siihen, että persoonallisuudella on vaikutusta hoitoon sitoutumiseen, mikä voisi osaltaan selittää sen vaikutusta hoitotuloksiin, vaikkakaan tutkimuksen rajoitusten puitteissa ei muita merkitseviä tuloksia saatu.

Avainsanat: depressio, kaksoisdiagnoosi, TCI-R, käyttäytymisen aktivaatio, motivoiva haastattelu

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla.

SISÄLLYSLUETTELO

1. Johdanto	4
1.1 Masennus mielenterveyden häiriönä	4
1.2 Masennuksen etiologia	5
1.3 Masennuksen biologinen perusta	6
1.4 Masennuksen hoito	6
1.4.1 Masennuksen lääkehoito	7
1.4.2 Neurostimulaatiohoidot	8
1.4.3 Masennuksen hoito psykoterapialla	8
1.4.4 Käyttäytymisen aktivaatio	9
1.5 Päihdehäiriö masennuksen yhteydessä	10
1.6 Kaksoisdiagnoosipotilaan hoito	10
1.6.1 Psykososiaalinen hoito	11
1.6.2 Lääkehoito	11
1.6.3 Motivoiva haastattelu	12
1.7 Persoonallisuuden rakenne masennuksen ja päihdeongelman taustalla	12
1.8 Persoonallisuutta kuvaavat mallit	13
1.9 Cloningerin persoonallisuusteoria	13
1.10 Persoonallisuuden yhteys masennukseen	15
1.11 Persoonallisuuden yhteys kaksoisdiagnoosiin	16
2. Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	16
3. Aineisto ja menetelmät	17
3.1 Aineisto	17
3.2 Menetelmät	17
3.3 Cloningerin asteikko	18
3.4 Tilastolliset menetelmät	19
4. Tulokset	19
5. Pohdinta	23
5.1 Tulokset suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin	23
5.2 Tulosten tulkinta	24
5.3 Vahvuudet ja heikkoudet	26
5.4 Päätelmät	28
<u>LÄHTEET</u>	<u>29</u>

1. JOHDANTO

1.1 Masennus mielenterveyden häiriönä

Masennus eli depressio on merkittävin mielenterveyden häiriö, ja kuuluu suurimpiin kansanterveydellisiin ongelmiin Suomessa. Vuosittain noin 5 % suomalaisista kärsii masennuksesta ja naisilla se on noin 1,5–2 kertaa yleisempää kuin miehillä (2). Masennus jaetaan vaikeusasteen mukaan lievään, keskivaikeaan, vaikeaan ja psykoottiseen masennukseen, ja oireet lisääntyvät ja vaikeutuvat masennuksen vaikeusasteen kasvaessa. Masennuksen vaikeusastetta arvioidaan ICD-10 tautiluokituksen avulla. Sen mukaan masennukseen kuuluu kymmenen tyypillistä oiretta, joista 4–5 täyttyessä diagnosoidaan lievä, 6–7 keskivaikea ja 8–10 vaikea masennus (taulukko 1). Psykoottisen masennuksen oirekuvaan kuuluu vaikean masennuksen lisäksi psykoottiset oireet, kuten harhaluulot ja hallusinaatiot. Lisäksi masennuksen vaikeusasteen arvioinnissa ja erityisesti sen seurannassa käytetään usein apuna erilaisia kyselyitä ja haastatteluja. (1)

Lähes aina masennukseen liittyy jonkinasteinen toimintakyvyn heikkeneminen, joka saattaa johtaa työkyvyttömyyteen (3). Lievässä masennuksessa toimintakyvyn heikkeneminen on usein vähäistä, ja kyse on lähinnä masentuneen henkilön subjektiivisesta kärsimyksestä, joka ei vielä merkittävästi vaikuta ympäristöön. Vähintään keskivaikeaa masennusta sairastavalla työkyky on usein jo merkittävästi heikentynyt, ja sitä voidaan pitää perusteena sairauspoissaololle. Vaikeaa tai psykoottista masennusta sairastava ei yleensä selviä enää normaaleista arjen toimista itse, vaan tarvitsee päivittäistä apua ja ohjausta, usein sairaalahoitoa. (4)

Taulukko 1. ICD-10 tautiluokituksen mukaiset masennustilan (F32) oirekriteerit.

Oirekriteerit	Oirekuva
A. Masennusjakso on kestänyt vähintään 2 viikon ajan.	
B. Todetaan vähintään 2 seuraavista oireista.	1. Masentunut mieliala suurimman osan aikaa
	2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää
	3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys
C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteen laskettuina) vähintään 4.	4. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen
	5. Perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset
	6. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen
	7. Subjektiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömyytenä tai jähkailuna
	8. Psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu
	9. Unihäiriöt
	10. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos

Lievässä masennustilassa oireita on 4–5, keskivaikeassa 6–7 ja vaikeassa 8–10 ja kaikki kohdasta B. Psykoottisessa esiintyy myös harhaluuloja tai -elämyksiä.

Depressio: Käypä hoito -suositus, 2016 (viitattu 24.1.2018) www.kaypahoito.fi

1.2 Masennuksen etiologia

Masennuksen ilmenemiseen vaikuttavat monet tekijät, joiden voidaan ajatella jakautuvan altistaviin ja laukaiseviin tekijöihin. Geeneillä näyttäisi olevan suhteellisen merkittävä rooli masennukselle altistumisessa ja noin 37 % masennuksen väestötason vaihtelusta selittyy geneettisillä eroilla (5). Varsinaista masennusgeeniä ei ole löydetty, vaan todennäköisesti masennukseen vaikuttavat useammat geenit, joiden kunkin yksittäinen vaikutus on pieni. Geenit vaikuttavat sekä suoraan hermoverkkojen ja välittäjäaineiden toimintaan, että epäsuoraan persoonallisuuden kautta masennukselle altistumiseen. Geenien lisäksi masennukselle altistavat ympäristötekijät, ja alttius

syntyy näiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Masennukselle altistavia ympäristötekijöitä ovat erityisesti lapsuusiän vaikeat kielteiset kokemukset, kuten fyysinen kaltoinkohtelu, emotionaalinen laiminlyönti ja seksuaalinen hyväksikäyttö. Nämä nostavat sairastumisriskin noin kaksinkertaiseksi (6). Kielteisten lapsuuden kokemusten ajatellaan muokkaavan hormonaalista stressivastetta siten, että aikuisiälläkin kuormittavat elämäntapahtumat laukaisevat stressivasteen herkemmin ja lisäävät riskiä masentua stressin yhteydessä. Hyvin merkittävä masennuksen laukaiseva tekijä onkin vaikeat ja kuormittavat elämäntapahtumat, kuten läheisen menetys tai nöyryyttävä kokemus, kuten koulukiusaaminen tai hyväksikäyttö, ja suurin osa masennustiloista ilmaantuu sellaisen jälkeen (7). Aiemmin sairastettu depressio uusiutuu jossain vaiheessa yli 50 %:lla potilaista (8). Masennuksen uusiutuessa muuttuu potilaan diagnoosi toistuvaksi masennukseksi F33. (1, 4)

1.3 Masennuksen biologinen perusta

Masennuksen biologista perustaa ei täysin tiedetä, sillä aivojen toiminnan ymmärrys on toistaiseksi vajavaista. Masennuksen on aiemmin ajateltu perustuvan monoamiinihypoteesiin, eli vajavuuteen serotoniinin, noradrenaliinin ja dopamiinin toiminnassa hermovälittäjäaineina. Myöhemmin tämä hypoteesi on osoittautunut osittain vääräksi, mutta hermovälittäjäaineilla ajatellaan silti olevan jonkinlainen rooli masennuksessa. Tätä tukee muun muassa se, että kaikki nykyisinkin käytössä olevat masennuslääkkeet on kehitetty monoamiinihypoteesin pohjalta. Masentuneilla on todettu lisäksi muutoksia eri aivoalueiden volyymissa ja aktiivisuudessa. Muun muassa hippokampuksen ja etuotsalohkon kuorikerroksen volyyymi on usein pienentynyt, mikä voi johtaa kognitiivisiin vaikeuksiin. Tunne-elämää säätelevät keskukset, kuten amygdala ja ventromediaalinen otsalohko ovat yliaktiivisia ja niitä säätelevien kuorikerrosten aktiivisuus taas on vaimentunut. Tämä johtaa heikentyneeseen kykyyn säädellä tunteita ja käsitellä negatiivisia tuntemuksia. (9)

1.4 Masennuksen hoito

Masennus on monitekijäinen sairaus, jonka hoitomuodotkin ovat moninaiset. Vahvaa näyttöä on saatu erityisesti masennuslääkkeiden, psykoterapioiden ja aivojen sähköhoidon vaikuttavuudesta. Masennuksen hoitomuodon valinta riippuu vahvasti masennuksen vaikeusasteesta. Psykoterapia on todettu tehokkaaksi hoitomuodoksi erityisesti lievässä ja keskivaikeassa masennuksessa, mutta myös lääkehoidolla saavutetaan suunnilleen saman tasoinen vaste. Tehokkaimmaksi hoitomuodoksi on osoittautunut molempien yhtäaikainen käyttö. Lääkehoidon merkitys kasvaa sitä mukaan, kun

masennus muuttuu vaikea-asteisemmaksi, ja vaikeassa masennuksessa sitä tulisi käyttää aina. Kuitenkin myös vaikeassa masennuksessa voi psykoterapiasta lääkehoidon rinnalla olla hyötyä. Psykoottisen masennuksen hoidossa käytetään masennuslääkityksen rinnalla psykoosilääkitystä. Lisäksi joissain tapauksissa, yleensä vaikeassa ja psykoottisessa masennuksessa käytetään sähköhoitoa, ja pimeyteen liittyvässä kaamosmasennuksessa kirkasvalohoitoa. Hoitomuodon vaikuttavuus depression vaikeusasteen mukaan on esitetty taulukossa (taulukko 2).

Masennuksen hoitovaiheet jaetaan akuuttiin hoitoon, jatkohoitoon ja ylläpitohoitoon. Akuutti hoito keskittyy oireiden nopeaan lievittämiseen. Jatkohoito tähtää oireiden uusiutumisen estoon, ja sitä jatketaan yleensä vähintään puoli vuotta oireiden häviämisen jälkeen. Ylläpitohoitoa suositellaan toistuvasta masennuksesta kärsivälle yleensä kolmannen, joskus jo toisen vähintään keskivaikean masennusjakson jälkeen, ja sen tarkoitus on estää masennustilan uusiutumista. Sen asteittaista lopettamista harkitaan vasta, kun potilas on ollut useita vuosia oireeton. (1, 4)

Taulukko 2. Depression akuuttivaiheen hoitomuodot vaikeusasteen mukaan

Hoitomuoto	Lievä	Keskivaikea	Vaikea	Psykoottinen
Psykoterapia	+	+	(+)	-
Masennuslääkkeet	+	+	+	+
Psykoosilääkkeet (masennuslääkkeen ohella)	-	-	-	+
Sähköhoito (ECT)	-	-	+	+

Depressio, Käypä hoito -suositus, 2016 (viitattu 24.1.2018) www.kaypahoito.fi

1.4.1 Masennuksen lääkehoito

Lääkehoitoa käytetään masennuksen kaikissa hoitovaiheissa, ja se on sitä tärkeämpää, mitä vaikeammasta depressiosta on kyse. Noin kaksi kolmasosaa depressiopotilaista saa lääkehoidosta selvän vasteen ja noin puolet pääsee oireista täysin. Suomessa käytettävistä lääkeryhmistä tärkeimpiä ovat SSRI-lääkkeet eli selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät, SNRI-lääkkeet eli serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät, MAO-A:n estäjät eli selektiiviset, reversiibelit monoamino-oksidaasin estäjät sekä trisykliset depressiolääkkeet. SSRI-ryhmän lääkkeitä käytetään yleisimmin ja ensisijaisesti erityisesti niiden helpon annostelun ja vähäisten haittavaikutusten takia. Nimensä mukaisesti ne estävät serotoniinin takaisinottoa hermopäätteissä. Trisykliset masennuslääkkeet ovat serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjiä, joiden vaikutus

painottuu SNRI-lääkkeitä enemmän noradrenaliiniin. Niiden käytöstä on suurilta osin luovuttu niiden merkittävien haittavaikutusten takia, ja niitä käytetäänkin yleensä vain, mikäli muut vaihtoehdot eivät ole mahdollisia. Serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjien on ajateltu olevan SSRI-lääkkeitä tehokkaampia kaksoisvaikutuksensa takia. Todellisuudessa niiden teho eroaa SSRI-lääkkeiden tehosta kuitenkin korkeintaan hieman. Masennuslääkitystä valitessa tulee ottaa huomioon masennuksen vaikeusaste, potilaan ikä, oirekuva, mahdolliset muut häiriöt ja somaattiset sairaudet. Lääkeaineen vaihtoa tai annoksen nostoa tulee miettiä, mikäli lääke on ollut vähintään kaksi viikkoa hyvällä hoitoannoksella, eikä lääkevastetta ole havaittavissa. (1, 4, 8)

1.4.2 Neurostimulaatiohoidot

Masennusta voidaan hoitaa myös neurostimulaatiohoidoilla, joita ovat aivojen sähköhoito, transkraniaalinen magneettistimulaatiohoito ja neuromodulaatiohoidot eli vagaalinen hermostimulaatio ja syväaivostimulaatio. Näistä sähköhoitoa käytetään Suomessa yleisimmin. Sähköhoito on nopea ja tehokas hoitomuoto, ja sitä harkitaan silloin, kun lääkehoito ei ole tehonnut, tai potilas on välittömässä itsemurhavaarassa. Yleensä se tulee siis kyseeseen vaikeaa tai psykoottista depressiota sairastavilla potilailla, ja heillä se onkin todettu usein tehokkaimmaksi hoitomuodoksi. Sähköhoitoa voidaan myös antaa harvajaksoisena ylläpitohoitona, mikäli lääkkeellinen ylläpitohoito ei ole tehonnut. Muita neurostimulaatiohoitoja käytetään toistaiseksi harvemmin. Kaikki nämä hoidot toteutetaan erikoissairaanhoidossa ja niitä käytetään vasta harkinnan jälkeen. (4)

1.4.3 Masennuksen hoito psykoterapialla

Masennuksen hoidossa käytettävässä psykoterapiassa on tavoitteena edistää potilaan toipumista vaikuttamalla tämän ajatteluun ja masennusta ylläpitäviin käyttäytymismalleihin. Tavallisimpia Suomessa käytettäviä terapiamuotoja ovat kognitiivinen psykoterapia, interpersonaalinen ja ratkaisukeskeinen terapia sekä psykodynaaminen psykoterapia. Merkittäviä eroja eri terapiamenetelmien vaikuttavuudessa ei ole löydetty, vaan hoitomuodon valintaa merkittävämpi tekijä hoidon vaikuttavuuden kannalta on potilaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus (4, 10). Yleisin toteutusmuoto on potilaan ja terapeutin keskinäiseen vuorovaikutukseen perustuva yksilöterapia, mutta myös pari- ja ryhmäterapiat ovat mahdollisia. (4)

Psykoterapiat jaetaan lyhytterapioihin ja pitkäkestoisiin terapioihin, joista lyhytterapia kestää muutamasta käyntikerrasta muutamaan kymmeneen, ja pitkässä taas istuntoja on 1–3 kertaa viikossa vuodesta useampaan vuoteen. Lyhytterapiaa käytetään pääasiassa potilailla, joilla on esiintynyt aiemmin vain vähän depressiota, joiden depression oirekuva on korkeintaan keskivaikea, ja joilla on korkeintaan vähän monihäiriöisyyttä. Myös potilaan psykologiset ominaisuudet vaikuttavat sopivan hoitomuodon valintaan. Lyhytterapiamenetelmät edellyttävät potilaan myönteistä suhtautumista ja motivaatiota hoitoon, ja sen riittävyttä tukevat potilaaseen liittyvät hyvät yleiset hoitoedellytykset, kuten hyvät vuorovaikutustaidot, minäkuvan eheys, psykologinen oivalluskyky ja kohtalaisen hyvä kokemus omasta elämänhallinnasta. Näiden tekijöiden merkityksen eroista eri terapiamuodoissa ollaan kuitenkin epävarmoja. Pitkäkestoista psykoterapiaa suositellaan, mikäli masennus on toistuvaa, potilaalla on lisäksi muita häiriöitä, masennus on oirekuvaltaan vaikea, tai keskivaikea masennustila on jatkunut pitkään. Vaikeassa masennuksessa ei tule kuitenkaan käyttää psykoterapiaa ainoana hoitomuotona, vaan rinnalla tulee aina olla masennuslääkitys. Pitkäkestoisena terapiana käytetään usein psykodynaamista psykoterapiaa, mutta myös muut vaihtoehdot potilaasta riippuen ovat mahdollisia. Lyhytterapiaan soveltuvat useammat eri menetelmät. (4)

1.4.4 Käyttäytymisen aktivaatio

Eräs masennuksen hoitoon kehitetty lyhytterapiamenetelmä on käyttäytymisen aktivaatio, joka kuuluu käyttäytymisterapeuttisiin eli behavioraalisiin menetelmiin. Käyttäytymisen aktivaation tarkoituksena on vahvistaa depressiopotilaan ymmärrystä käyttäytymisensä yhteydestä masennukseen, jolloin hän voisi tietoisesti välttää käyttäytymistä, joka lisää tai voimistaa masennuksen oireita. Depressiopotilaan toimintaa ohjaa usein halu välttää epämiellyttäviä ja ahdistavaltakin tuntuja tapahtumia. Tämä välttämiskäyttäytyminen voi usein aiheuttaa kuitenkin lisää ongelmia, kuten syrjäytymistä ja yksinäisyyttä, ja näin pahentaa depressiota ennestään. Käyttäytymisen aktivaatio ohjaa depressiopotilasta tarkastelemaan itseään suhteessa ympäristöönsä ja erottamaan erityisesti negatiivisia tuntemuksia herättävät tilanteet, joissa välttämiskäyttäytymistä helposti ilmenee. Tätä kautta voidaan terapeutin kanssa yhdessä miettiä, miten välttämiskäyttäytymistä voitaisiin vähentää. Käyttäytymisen aktivaatio vaatii potilaalta aktiivista roolia ja sitoutumista, sillä siihen kuuluu merkittävänä osana viikko-ohjelman suunnittelu ja erilaisten kotitehtävien teko. (11) Käyttäytymisen aktivaatio on tehokkaaksi todettu menetelmä ja sen vaikuttavuudesta tavanomaisiin hoitomuotoihin verrattuna on positiivista näyttöä (12).

1.5 Päihdehäiriö masennuksen yhteydessä

Enemmistö depressiopotilaista kärsii monihäiriöisyydestä, eli jostain muusta häiriöstä depression rinnalla. Merkittävä masennuksen kanssa samanaikaisesti esiintyvä häiriö on päihdehäiriö, jota esiintyy noin 10–30 prosentilla depressiopotilaista (13). Päihdehäiriö voi olla depressiosta erillinen ongelma, mutta päihteiden väärinkäyttö voi myös aiheuttaa masennuksen tai olla seurausta siitä. Useammin päihteiden käyttö on kuitenkin syy kuin seuraus (14) ja päihdeongelmaisista jopa 30–60 % kärsii depressiosta (15). Päihdehäiriön ja masennuksen yhtäaikaisesta esiintymisestä käytetään nimitystä kaksoisdiagnoosi silloin, kun ne ovat toisistaan erillisiä ongelmia, eikä masennus häviä pitkäänkään raittiuden seurauksena (16). Kaksoisdiagnoosiin liittyy huonompi ennuste, kuin kumpaankaan ongelmaan yksistään (17).

Suomessa yleisin ongelmapäihde on alkoholi, mutta myös huumausaineet, kuten kannabis ja opiaatit voivat aiheuttaa päihdehäiriöitä. Eri päihteiden sekakäyttö on myös yleistä. Päihteiden ongelmakäyttö voi johtaa päihderiippuvuuteen, ja riippuvuustasoiseen päihdehäiriöön viittaava tyypillinen yksittäinen merkki on käytön pakonomaisuus. Muita merkkejä riippuvuudesta ovat merkittävä aineen sietokyvyn kasvu, ja mahdolliset vieroitusoireet, kuten vapina, aistiharhat ja unettomuus käytön loppumisen jälkeen. (18, 19) Tärkein alkoholiongelman diagnosointikeino on keskustelu potilaan kanssa, ja apuna voidaan käyttää tarvittaessa kyselyitä ja laboratoriotutkimuksia (15).

1.6 Kaksoisdiagnoosipotilaan hoito

Kaksoisdiagnoosipotilailla päihdeongelman hoito on tärkeää, sillä päihteet voivat pahentaa psyykkistä oireilua ja häiritä masennuksen hoitoa ja masennuksesta toipumista. Ilman päihdeongelman hoitoa ja riittävän pitkää päihdeetöntä jaksoa ei myöskään voida varmistua masennuksesta päihdeongelmasta erillisenä diagnoosina (20). Perinteisesti kaksoisdiagnoosipotilaiden päihdeongelmaa on pyritty hoitamaan masennuksesta erillisenä ongelmana, joko jaksoittaisen tai rinnakkaisen hoidon mallilla. Jaksoittaisessa mallissa toista ongelmaa hoidetaan ensin, ja siirrytään toisen ongelman hoitoon vasta kun riittävä hoitotulos on saavutettu ensimmäisen ongelman hoidossa. Rinnakkaisessa mallissa molempia ongelmia hoidetaan yhtä aikaa eri tahojen toimesta. Ongelmallista näissä malleissa on ollut kuitenkin yhteistyön hankaluus eri hoitotahojen välillä. Kaksoisdiagnoosipotilaiden päihdeongelmaa pyritäänkin

nykyisin hoitamaan yhdessä masennuksen hoidon kanssa integroidulla hoidolla, jossa sama tahoin hoitaa molempia ongelmia yhdessä. Integroitu hoito on etenkin vaikeammassa masennuksessa tehokkaampi menetelmä. (16, 21)

1.6.1 Psykososiaalinen hoito

Päihdehäiriön hoidossa perustana ovat psykososiaaliset hoidot, joissa keskeistä on vuorovaikutus hoitotyöntekijän ja potilaan välillä. Mikäli potilaalla ei ole todettu alkoholiriippuvuutta, mutta päihteidenkäyttö ylittää riskirajat, voidaan käyttää mini-interventiota, jossa potilaalle kerrotaan alkoholinkäytön haitoista ja motivoidaan vähentämään alkoholinkäyttöä. Riippuvuuteen liittyvien päihdeongelmien hoidossa käytetään samoja terapiatyyppeiden pääsuuntauksia, kuin masennuksen hoidossa, eli kognitiivista käyttäytymisterapiaa, ratkaisukeskeistä terapiaa, psykodynaamista- ja interpersonaalista terapiaa. Terapia voi olla joko yksilöterapiaa, tai laajemmalle potilasryhmälle suunnattua ryhmäterapiaa. (15) Alkoholiriippuvuuden hoito on aina tehokkaampaa, kuin hoidotta jättäminen, mutta eri hoitomuotojen avulla saavutetuissa tuloksissa ei ole väestötasolla löydetty merkittäviä eroja (22). Yksilötasolla voi kuitenkin jokin hoitomuoto osoittautua toista tehokkaammaksi, mutta toistaiseksi ei osata tunnistaa, millä perusteella hoitomuoto tulisi valita (23).

1.6.2 Päihdeongelman lääkehoito

Psykososiaalisten hoitojen rinnalla päihdeongelmassa voidaan käyttää myös lääkehoitoa, ja se parantaa hoitotulosta keskimäärin 15–25 % (15). Lääkehoidon määrääminen alkoholiongelmaiselle on kuitenkin ongelmallista, sillä he sitoutuvat usein huonosti lääkehoitoon ja lääkkeiden ottaminen jää epäsäännölliseksi, jolloin tuloksia ei välttämättä saada. Ratkaisuna voidaan lääkkeenottoa valvoa esimerkiksi A-klinikalla. Lääkehoidon valinta perustuu pitkälti hoidon tavoitteisiin. Jos tavoitteena on täysraittius, käytetään yleisimmin Disulfiraamia, joka estää alkoholin palaessa muodostuvan asetaldehydien muuttumista etikkahapoksi. Eliministöön kertyvä asetaldehydi aiheuttaa punoitusta, päänsärkyä, pahoinvointia ja sydämentykytystä, ja tekee näin alkoholin käytöstä epämiellyttävää. Muita vaihtoehtoja ovat muun muassa opioidiantagonistit ja akamprosaatti, jotka vähentävät juomiseen liittyvää mielihyvää ja juomishimoa. Mikäli päihdeongelman taustalla on masennus, voi masennuslääkityksestä olla hyötyä myös päihdeongelman hoidossa. Kaksoisdiagnoosipotilailla

tulisi kuitenkin välttää voimakasta riippuvuutta aiheuttavia lääkkeitä, kuten bentsodiatsepiineja sekä alkoholin keskushermoston lamaavaa vaikutusta lisääviä lääkkeitä. (15, 16, 19)

1.6.3 Motivoiva haastattelu

Eräs päihdehäiriön hoidossa käytettävä menetelmä on motivoiva haastattelu. Se on hyvin keskeinen menetelmä usein muiden eri terapiamenetelmien rinnalla käytettynä erityisesti päihdeongelmia, mutta myös muita riippuvuusongelmia hoidettaessa. Useat terapiamenetelmät edellyttävät potilaan sitoutumista ja motivaatiota terapiaan. Motivoivan haastattelun tavoitteena on auttaa potilasta löytämään tämän oma sisäinen motivaatio muutokseen herättelemällä tämän omia tavoitteita ja toiveita sekä ymmärrystä ongelmakäyttäytymisen ristiriitaisuudesta niihin pyrkiessä. Tätä kautta syntyy myös motivaatio hoitoon sitoutumiseen muissa hoitomuodoissa. Motivoiva haastattelu on potilasjohtoinen keskustelu potilaan ja ammattilaisen välillä, jossa ammattilainen antaa tilaa potilaan omille näkemyksille rakentaen keskustelua johdattelevien kysymysten avulla. Potilaan kanssa käydään läpi muun muassa mitä haittaa ongelmakäyttäytymisestä on, ja toisaalta mitkä asiat ovat lopettamisen esteenä. Tavoitteena on saada potilas itse puhumaan muutoksen puolesta ja vahvistaa muutospuhetta kysymyksillä ja vahvistavilla toteamuksilla. Motivoivan haastattelun ehkä oleellisin piirre on ammattilaisen potilaan autonomiaa kunnioittava tapa suhtautua potilaaseen. Ammattilaisen rooli on enemmän ymmärtäväinen keskustelukumppani, kuin autoritäärinen asiantuntija, mikä vähentää potilaan vastarintaa. (24, 25) Toisen menetelmän rinnalla käytettynä motivoivan haastattelun on todettu lisäävän hoidon tuloksellisuutta (15). Kaksoisdiagnoosipotilailla motivoiva haastattelu on tehokas sekä yksistään päihdeongelman hoidossa, että osana laajempaa, masennukseenkin keskittyvää hoitoa. Positiivinen vaikutus masennuksen hoitoon välittyy muun muassa motivoivan haastattelun hoitoon sitoutumista parantavan vaikutuksen kautta. (26)

1.7 Persoonallisuuden rakenne masennuksen ja päihdeongelman taustalla

Depressiolle ja päihdeongelmalle altistaviin tekijöihin kuuluu tietyt altistavat persoonallisuuden piirteet, jotka ovat osa sekä perinnöllistä, että ympäristötekijöiden vaikutuksesta syntyvää masennusalttiutta. Persoonallisuus on moniulotteinen käsite, eikä sille ole psykologian alalla täysin vakiintunutta määritelmää. Gordon Allportin vuonna 1937 muodostaneen määritelmän mukaan persoonallisuus on yksilölle tyypillisistä psykofyysisistä toimintatavoista muodostuva kokonaisuus, joka selittää yksilön ainutlaatuisia tapoja sopeutua ympäristöönsä (27). Yksinkertaisesti

persoonallisuus voidaan ajatella yksilön tapana tuntea, ajatella ja käyttäytyä. Oleellista on ymmärtää persoonallisuuden koostuvan sekä ihmisen ulospäin näkyvistä, että mielensisäisistä ominaisuuksista. Persoonallisuuteen vaikuttavat sekä perinnölliset-, että ympäristötekijät, joista perimän on osoitettu selittävän noin puolet. Loppuosan selittävät ympäristötekijät. Kuitenkaan ympäristötekijöiden vaikutukset eivät ilmene yksilöstä riippumatta samalla tavalla, vaan perimä säätelee myös sitä, miten ympäristötekijät vaikuttavat persoonallisuuteen. Toisaalta asiaa voidaan ajatella myös toisinpäin: ympäristö säätelee sitä, miten geneettisesti määräytynyt persoonallisuus ilmenee. Persoonallisuuden kehitys alkaa varhaislapsuudessa ja jatkuu pitkälle aikuisikään asti. Vasta keski-ikäisen persoonallisuutta voidaan pitää suhteellisen pysyvänä. (28)

1.8 Persoonallisuutta kuvaavat mallit

Persoonallisuuden rakenne ei ole yksiselitteinen, ja sitä kuvaamaan onkin kehitetty monia malleja. Yksi tunnetuimpia ja yleisimmin tunnustettuja on Costan ja McCraen kehittämä dimensionaalinen five-factor malli, joka jakaa persoonallisuuden viiteen ulottuvuuteen; neuroottisuus, ekstroversio, avoimuus, sovinollisuus ja tunnollisuus (29). Nämä piirteet nähdään suhteellisen pysyvinä tapoina havainnoida ja käyttäytyä. Five-factor mallin lisäksi on olemassa lukuisia muita dimensionaalisia malleja, jotka samaan tapaan jakavat persoonallisuuden erilaisiin ulottuvuuksiin. Dimensionaalisella mallilla on ollut kasvava rooli persoonallisuuden rakenteen ymmärtämisessä. Persoonallisuuden on kuitenkin osoitettu muuttuvan yksilön kehittyessä ja vielä aikuisiälläkin esimerkiksi merkittävien elämäntapahtumien myötä. Voidaan myös ajatella, etteivät yksilön toimintatavat ole täysin kontekstista riippumattomia, vaan tilanne ja rooli vaikuttavat siihen, miten tietty persoonallisuus milloinkin ilmenee. Tästä syystä persoonallisuutta onkin tarkasteltu myös kehityspsykologisesta näkökulmasta. Kehityspsykologinen malli näkee persoonallisuuden yksilön tavoitteiden ja motivaation mukaan muuttuvana, joustavampana kokonaisuutena. Kolmas vaihtoehto persoonallisuuden tarkastelulle on McAdamsin kehittämä kokoava malli, joka yhdistää suhteellisen pysyvät persoonallisuuden piirteet, kontekstista riippuvaliset toimintatavat sekä kolmantena ulottuvuutena vielä yksilön oman tarinamuotoisen identiteetin. (28, 30)

1.9 Cloningerin persoonallisuusteoria

Yksi yleisesti käytetty persoonallisuusmalli on Cloningerin temperamentti- ja karaktäärimalli (31). Sen suosio perustuu suurilta osin siihen, että toisin kuin five-factor mallissa, sen teoria ei perustu

ainoastaan muodostamiimme käsitteisiin tietyistä persoonallisuuden piirteistä, vaan biologiseen perustaan. Eri persoonallisuuden piirteillä on havaittu olevan yhteyksiä muun muassa aivojen eri osien aktiivisuuteen, sekä hermovälittäjäaineiden tasoihin eri alueilla (32). Cloningerin malli on dimensionaalinen malli, joka esittää persoonallisuuden neljänä suhteellisen pysyvänä temperamenttipiirteinä ja kolmena muuttuvampana karaktääripiirteinä (31).

Temperamentti on persoonallisuuden synnynnäinen, biologinen perusta, joka muodostuu jo varhaislapsuudessa ja muuttuu vain vähän kehityksen mukana. Se selittää miksi yksilöt reagoivat samaan tilanteeseen luontaisesti eri tavoin. Cloningerin mallin temperamenttipiirteet pohjautuvat tähän näkemykseen, eli niitä pidetään suhteellisen muuttumattomina perinnöllisinä ominaisuuksina. Ne liittyvät havainnoivaan muistiin, eli kytkeytyvät automaattisiin reaktioihin ärsykkeen havaitsemisen yhteydessä. Kaksostutkimukset ovat osoittaneet temperamenttipiirteiden olevan itsenäisesti periytyviä ja riippumattomia toisistaan (33). Lisäksi biologiset perusteet tukevat niiden itsenäistä olemassaoloa. Temperamenttiprofilin piirteet ovat elämyshakuisuus (novelty seeking), vaikeuksien välttäminen (harm avoidance), hyväksynnän hakeminen (reward dependence) ja sinnikkyys (persistence). Piirteet koostuvat yksilön sisäisistä pyrkimyksistä tavoitella tai välttää jotain ja nämä pyrkimykset toimivat käyttäytymisen laukaisevina tekijöinä. Elämyshakuisuus ilmenee taipumuksena tavoitella uusia kokemuksia ja jännitystä ja toisaalta välttää turhautumista ja yksitoikkoisuutta. Vaikeuksien välttäminen ilmenee taipumuksena huolestua, hakea tuttua ja turvallista ja välttää epävarmuutta. Hyväksynnän hakeminen ilmenee riippuvuutena sosiaalisesta hyväksynnästä, sentimentaalisuutena ja avoimuutena kommunikaatiolle. Neljäs temperamenttipiirre, sinnikkyys, on lisätty joukkoon myöhemmin, ja sitä ei pidetty alun perin täysin samanarvoisena kolmen muun kanssa osittain siksi, että sille ei ole löydetty yhtä vahvaa biologista perustaa. Sinnikkyys on osoitettu kuitenkin olevan muista temperamenttipiirteistä erillinen ja itsenäisesti periytyvä ominaisuus (34). Se ilmenee muun muassa päämäärätietoisuutena ja itsekurina. (30, 31, 32)

Temperamenttipiirteiden lisäksi Cloningerin malliin kuuluu kolme karaktääripiirrettä. Karaktääripiirteiden ajatellaan olevan muuttuvampia ominaisuuksia, jotka muovaavat persoonallisuutta ajan mittaan ja kehittyvät suhteellisen pysyviksi vasta aikuisiällä. Karaktääripiirteet kehittyvät tietomustin avulla, kun yksilö oppii uutta ja tätä kautta tämän oma identiteetti ja ymmärrys ympäröivästä maailmasta kehittyy. Karaktääripiirteet eivät siis ilmene automaattisina reaktioina, vaan tietoisina päätöksinä, jotka perustuvat ymmärrykseen. Perimä vaikuttaa mahdollisesti myös karaktääripiirteisiin, mutta suurelta osin niiden ajatellaan olevan ympäristötekijöiden vaikutuksesta kehittyneitä. Karaktääripiirteisiin kuuluu itsensä kokeminen

yksilönä, yhteisön jäsenenä sekä osana maailmaa. Itsensä kokeminen yksilönä (self directedness) eli itseohjautuvuus tarkoittaa sitä, miten yksilö kykenee asettamaan itselleen tavoitteita, sitoutumaan niihin ja kantamaan vastuuta. Itsensä kokeminen yhteisön jäsenenä (cooperativeness) eli yhteistyöhalukkuus ja se ilmentää sitä, miten yksilö suhtautuu muihin ihmisiin. Korkea yhteistyöhalukkuus ilmenee myötätuntona, avuliaisuutena ja epäitsekkyytenä. Viimeinen karakteriipirre, itsensä kokeminen osana maailmaa (self transcendence) eli itsetietoisuus tarkoittaa korkeampaa hengellistä käsitystä universumista ja tuonpuoleisesta. (30, 31)

Temperamentti- ja karakteriipirteet eivät ole täysin erillisiä toisistaan, vaan vaikuttavan toinen toiseensa muodostaen yhdessä uniikin persoonallisuuden, joka selittää muun muassa tiettyä käyttäytymistä. Kaikki temperamentti- ja karakteriipirteet jaetaan vielä useampiin alaluokkiin, jotka ovat spesifimpiä ominaisuuksia isomman kokonaisuuden alla. (31)

1.10 Persoonallisuuden yhteys masennukseen

Persoonallisuuden vaikutusta masennukseen on tutkittu paljon, ja lukuisissa tutkimuksissa on todettu tiettyjen persoonallisuuden piirteiden joko altistavan masennukselle, olevan seurausta siitä tai ennustavan hoitotuloksia. Ehkä eniten tutkimuksia on tehty yleisimmin käytetyn five-factor mallin pohjalta mitattuna. Five-factor mallin neuroottisuutta pidetään yleisesti masennukselle altistavana riskipiirteinä. Myös matalan tunnollisuuden ja masennuksen väliltä on löydetty yhteys. (35) Masennusta hoidettaessa kognitiivisella tai interpersonaalilla terapialla erityisen hyviä hoitotuloksia saavutettiin sellaisten potilaiden kohdalla, joiden piirteisiin kuului korkea tunnollisuus ja ekstroversio sekä matala neuroottisuus. Persoonallisuuden vaikutukset masennuksen hoitoon perustuvat muun muassa siihen, että tietynlainen persoonallisuus ennustaa tietynlaista käyttäytymistä terapiaistunnoissa, kuten korkeampaa kommunikoinnin tasoa terapeutin kanssa, mikä johtaa parempiin hoitotuloksiin. (36)

Cloningerin mallin piirteistä erityisesti vaikeuksien välttämällä on todettu olevan yhteys masennukseen, ja tämän piirteen heikkenemisellä myös hyvään hoitotulokseen ja masennuksesta toipumiseen. Vaikeuksien välttäminen on ennustanut jossain määrin myös myöhemmin ilmenevää masennusta, mikä viittaa piirteen olevan itsenäinen riskitekijä masennukselle, ei ainoastaan seurausta siitä. (37) Vaikeuksien välttämisen lisäksi masennukseen on todettu yhdistyvän matala hyväksynnän hakeminen, itseohjautuvuus ja yhteistyöhalukkuus (37, 38). Sinnikkyydellä on havaittu olevan yhteys masennukseen sekä korkeana että matalana. Usein matala sinnikkyys altistaa

masennukselle, mutta korkea sinnikkyys yhdessä korkean vaikeuksien välttämisen ja matalan itseohjautuvuuden kanssa näyttäisi lisäävän riskiä. (39)

1.11 Persoonallisuuden yhteys kaksoisdiagnoosiin

Persoonallisuudella on yhteys myös masennuksen yhteydessä esiintyvään päihdeongelmaan. Yleisesti päihdeongelmalle altistaviksi riskipiirteiksi on todettu korkea elämyshakuisuus ja vaikeuksien välttäminen (40). Kaksoisdiagnoosipotilailla on löydetty persoonallisuuden rakenteesta korkeampi elämyshakuisuus, sekä matalampi sinnikkyys, itseohjautuvuus ja yhteistyöhalukkuus verrattuna masentuneisiin ilman päihdeongelmaa (41, 42). Kaksoisdiagnoosipotilaiden masennuksesta toipumiseen liittyy myös erilainen persoonallisuuden piirteiden muutos verrattuna pelkästään masentuneisiin. Hyväksynnän hakemisen lisääntyminen selittää masennuksesta toipumista päihdeongelmaisilla, kun taas yksinomaan masentuneilla suurimmat muutokset tapahtuvat vaikeuksien välttämisessä, itseohjautuvuudessa ja itsetietoisuudessa (42). Kaksoisdiagnoosipotilaiden masennusta hoidettaessa matalan hyväksynnän hakemisen on todettu ennustavan heikompaa hoitotulosta (43).

2. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Psykoterapian vaikuttavuuden kannalta keskeistä on potilaan sitoutuminen siihen. Se on usein perusedellytys onnistuneelle hoidolle, mutta ei kuitenkaan yksiselitteisesti ainoa hoitotulokseen vaikuttava tekijä. Erilaisten tekijöiden vaikutusta hoitotulokseen on tutkittu paljon, ja sellaisia ovat niin potilaaseen, terapeuttiin kuin heidän väliseen vuorovaikutukseensaakin perustuvat tekijät. Potilaaseen liittyvien hyvää psykoterapiavalmiutta enteilevien tekijöiden, kuten muutoshalukkuuden, vuorovaikutustaitojen, tunteiden käsittelytaidon ja itsensä tarkastelun taidon (44) sekä hyviin hoitotuloksiin yhteydessä olevien persoonallisuuden piirteiden voisi ajatella olevan yhteydessä myös hoitoon sitoutumiseen, mutta toisaalta ne voisivat olla yhteydessä myös nopeaan hoitovasteeseen. Mielenkiintoinen kysymys onkin, voisiko hoitoon sitoutumiseen ja hoitotulokseen vaikuttavissa tekijöissä olla mahdollisesti eroja, ja mitkä syyt voisivat selittää niitä. Myös hoitomuodon valintaan liittyvien kysymysten pohdinnassa voisi hoitoon sitoutumisen tarkastelu olla

merkittävässä roolissa, sillä toistaiseksi on vaikea tunnistaa, millä perusteella yksittäiselle potilaalle paras hoitomuoto tulisi valita. Psykiatristen potilaiden sitoutumista psykoterapiaan on kuitenkin tutkittu lopulta melko vähän.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten Cloningerin mallilla mitattu persoonallisuus vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen käyttäytymisen aktivaatiossa ja motivoivassa haastattelussa masennus- ja kaksoisdiagnoosipotilailla. Lisäksi selvitetään, selittääkö persoonallisuus hoidon keskeytymisen syitä yllämainituissa potilasryhmissä. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavien tekijöiden selvittely auttaa ymmärtämään hoitotulosten vaihtelua sekä hoitomuotojen soveltuvuutta erilaisille potilaille.

3. AINEISTO JA MENETELMÄT

3.1 Aineisto

Masennustalkoot II -aineistoon kuului 242 masennuspotilasta viideltä avohoitoklinikalta ja yhdeltä osastolta Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella vuosina 2009–2013. Potilaat olivat hakeutuneet itse tai päätyneet hoitoon joko masennuksen, ahdistuksen, itsetuhoisuuden, unettomuuden tai päihdeongelmien takia. Potilaat olivat iältään 17–64 -vuotiaita (keskiarvo 38,6 vuotta). Tutkimukseen otettiin mukaan potilaat, joilla Beckin 21-kohtaisella depressioasteikolla (BDI) mitattu masennuksen vaikeusaste oli vähintään 17, mikä tarkoittaa vähintään keskivaikeaa masennustilaa. Potilaita, jotka kärsivät psykoottisesta häiriöstä tai orgaanisesta aivosairaudesta ei otettu mukaan tutkimukseen. Yhteensä 216 potilasta vastasi alkutilanteessa tarvittaviin kyselyihin, ja nämä potilaat on sisällytetty tähän tutkimukseen. (45)

3.2 Menetelmät

Tutkimukseen mukaan otetut potilaat arvioitiin alkutilanteessa MADRS- masennusasteikolla (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) (46), TCI-R:llä (Cloningerin temperamentti- ja karaktääri-inventaario) (32), AUDIT -kyselyllä (Alcohol Use Disorders Identification Test) (47),

sekä diagnostisella MINI -haastattelulla (Mini-International Neuropsychiatric Interview) (48). Kaksoisdiagnoosipotilaiden tunnistamiseksi käytettiin AUDIT-kyselyä. Potilaat jaettiin AUDIT-pisteiden perusteella kahteen ryhmään: alkoholiongelmaisiin (AUDIT \geq 11) ja ei-alkoholiongelmaisiin (AUDIT < 11). Tämä raja perustuu siihen, että sen ylittäminen viittaa selkeästi kohonneeseen alkoholihaittojen riskiin. 216:sta potilaasta 89 (41,2 %) luokiteltiin alkoholiongelmaisiksi ja 127 (58,8 %) ei-alkoholiongelmaisiksi. Alkoholiongelmaisista 61 (74,4 %) täytti MINI -haastattelun perusteella alkoholiriippuvuuden diagnostiset kriteerit. (45)

Alkutilanteessa potilaat tapasivat psykiatrin, joka arvioi ja muutti heidän lääkitystään, mikäli tarpeellista. Koko aineistossa yhteensä 206 (85 %) potilaalle määrättiin jokin masennuslääkitys terapiahoidon rinnalle. Kaikki potilaat osallistuivat käyttäytymisen aktivaatio -terapiaan (11), joka järjestettiin 1-2 viikon välein. Mediaani hoitokertojen määrälle oli 6. Kaksoisdiagnoosipotilaita hoidettiin aluksi motivoivan haastattelun menetelmin (24), ja mediaanina näiden hoitokertojen määrälle oli 4. Kaikkia potilaita hoidettiin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ja terapiaa antoi tutkimusta varten koulutettu hoitaja tai psykologi. (45)

MADRS ja TCI-R -kyselyt tehtiin uudelleen kuuden viikon kohdalla hoitotulosten arvioimiseksi. Kuuden viikon kohdalla seurannasta pudonneiden potilaiden jälkeen jäljellä oli 173 potilasta arvioitavaksi. Näistä potilaista 61 (35 %) kuului alkoholiongelmaisten ryhmään.

3.3 Cloningerin asteikko

Cloningerin temperamentti- ja karaktääri-inventaario, TCI-R koostuu 240 itsearvioitavasta kysymyksestä. Tutkittava arvioi miten hyvin kulloinkin esitetty väite häneen sopii asteikolla 1–5 (1 = ei pidä lainkaan paikkaansa, 5 = pitää täysin paikkansa). Jokainen kysymys kuuluu jonkin temperamentti- tai karaktääripiirteen alaluokkaan, ja kaikkien alaluokkien pistemääristä muodostuu sen temperamentti- tai karaktääripiirteen pistemäärä. Kysymykset jakautuvat siten, että temperamenttipiirteistä elämyshakuisuuteen liittyy 35, vaikeuksien välttämiseen 33, hyväksynnän hakemiseen 30 ja sinnikkyYTEEN 35 kysymystä. Karaktääripiirteistä itseohjautuvuuteen liittyy 40, yhteistyöhalukkuuteen 36 ja itsetietoisuuteen 26 kysymystä. Lisäksi kyselyyn kuuluu 5 validaatiokysymystä, joiden avulla arvioidaan kuinka luotettavasti tutkittava vastaa kysymyksiin. (49)

3.4 Tilastolliset menetelmät

Tässä tutkimuksessa arvioitiin temperamentti- ja karaktääripiirteiden yhteyksiä motivoivan haastattelun ja käyttäytymisen aktivaation hoitokertojen lukumääriin, jotka saatiin sairauskertomuksista jälkikäteen arvioimalla. Yhteyksiä tarkasteltiin ensin yksimuuttuja-analyysillä, jossa temperamentti- ja karaktääripiirteet olivat itsenäisiä selittäviä muuttujia ja käyttäytymisen aktivaation ja motivoivan haastattelun hoitokertojen määrät vastemuuttujia. Analyysi tehtiin sekä alkutilanteessa, että kuuden viikon kohdalla mitatuista temperamentti- ja karaktääripiirteistä erikseen.

Tämän jälkeen tehtiin monimuuttuja-analyysi, johon otettiin mukaan sukupuoli, sekä AUDIT -pistemäärä, sillä näiden muuttujien ajateltiin vaikuttavan istuntojen määriin itsenäisesti. Sukupuoli otettiin monimuuttuja-analyysiin molemmissa malleissa ja AUDIT-pistemäärä vain käyttäytymisen aktivaation istuntojen määriä arvioitaessa. Motivoivan haastattelun arvioinnissa ei otettu mukaan AUDIT -pistemäärää, sillä kaikki motivoivan haastattelun keinoin hoidetut olivat ongelmajuoja, ja lisäksi vahva yhteys miessukupuolen kanssa vääristäisi tulosta.

Monimuuttuja-analyysissä käytettiin aluksi lineaarista regressiomallia, johon otettiin vastemuuttujaksi käyttäytymisen aktivaation tai motivoivan haastattelun istuntojen lukumäärät ja selittäviksi muuttujiksi AUDIT-pistemäärä, sukupuoli sekä temperamentti- tai karaktääripiirteet. Sen jälkeen yhteyksiä tarkasteltiin vielä logistisella regressiomallilla, jossa vastemuuttujaksi jaettiin hoitokertojen lukumäärät kahteen luokkaan; 0–2/vähintään 3. Merkitsevyyden eli p-arvon raja-arvoksi asetettiin kaikissa malleissa 0,05.

4. TULOKSET

Käyttäytymisen aktivaation hoitokertojen määrän keskiarvo koko potilasaineistossa oli 2,9 (SD 3,1) ja päihdeongelmaisten hoitokertojen määrän keskiarvo motivoivassa haastattelussa oli 4,5 (SD 2,7). Käyttäytymisen aktivaatio oli onnistunut 164 (67,8 %) potilaalla, ei ollut onnistunut 9 (3,7 %) potilaalla ja 69 (28,5 %) potilaan kohdalla ei ollut saatavilla tietoa onnistumisesta. Motivoiva

haastattelu oli onnistunut 84 (84,8 %) potilaalla ja epäonnistunut 2 (2,0 %) potilaalla, tietoja ei löytynyt 13 (13,1 %) potilaasta.

Alkutilanteessa arvioituista temperamentti- ja karakteriprofiileista ei havaittu minkään piirteen olevan yhteydessä merkittävästi hoitokertojen määrän kanssa käyttäytymisen aktivaation mallissa tai motivoivassa haastattelussa.

Kuuden viikon kohdalla arvioitujen temperamenttipiirteet eivät merkitsevästi ennustaneet käyttäytymisen aktivaation mallin istuntojen lukumäärää. Elämyshakuisuudella oli kuitenkin heikko negatiivinen yhteys ($B = -0,02$; $P = 0,10$), mutta tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Monimuuttaja-analyysiin mukaan otetulla AUDIT-pistemäärällä oli negatiivinen yhteys istuntojen lukumäärään ($B = -0,06$; $P = 0,05$) eli suurempi AUDIT-pistemäärä ennusti pienempää määrää istuntoja. Naissukupuolella oli heikko positiivinen yhteys ($B = 0,96$; $P = 0,08$), mutta tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Käyttäytymisen aktivaatiomallia selittävän monimuuttujamallin selitysosuus oli 7,2 %, mikä tarkoittaa että selittävät muuttujat yhdessä selittivät 7,2 % eli hyvin pienen osan vastemuuttujan eli käyttäytymisen aktivaation hoitokertojen määrän vaihtelusta. Mallin merkitsevyystaso eli todennäköisyys, että mallin tulos johtuisi sattumasta oli 0,005, joten malli hyväksyttiin tilastollisesti merkitseväksi ($p < 0,05$).

Kuuden viikon kohdalla arvioituista temperamenttipiirteistä hyväksynnän hakemisella oli tilastollisesti merkitsevä positiivinen yhteys motivoivan haastattelun istuntojen lukumäärän kanssa ($B = 0,04$; $P = 0,05$). Sukupuoli oli erittäin merkittävä selittäjä, ja miessukupuolella oli positiivinen yhteys istuntojen määrään ($B = 2,584$; $P = 0,001$). Motivoivan haastattelun hoitokertojen lukumäärää selittävän mallin selitysosuus oli 15,5 % eli selvästi suurempi kuin käyttäytymisen aktivaation hoitokertojen määrää selittävän mallin selitysosuus. Mallin merkitsevyystaso oli 0,011 eli malli hyväksyttiin tilastollisesti merkitseväksi. Temperamenttipiirteiden yhteydet käyttäytymisen aktivaation ja motivoivan haastattelun istuntojen lukumäärien kanssa on esitetty taulukossa (taulukko 3).

Taulukko 3. Temperamenttipiirteiden yhteydet motivoivan haastattelun ja käyttäytymisen aktivaation istuntomääriin

Vastemuuttuja			MH hoitokertojen lukumäärä	BA hoitokertojen lukumäärä
Koko malli	Adjustoitu R ²		0,155	0,072
	P		0,011	0,005
Selittäjät	Sukupuoli	B	2,584	-0,963
		Beta	0,429	-0,146
		p	0,001	0,075
	AUDIT-pistemäärä	B		-0,560
		Beta		-0,158
		p		0,050
	NS 6 viikon kohdalla	B	-0,039	-0,026
		Beta	-0,210	-0,136
		p	0,169	0,103
	HA 6 viikon kohdalla	B	0,018	0,005
		Beta	0,115	0,026
		p	0,520	0,786
	RD 6 viikon kohdalla	B	0,040	-0,009
		Beta	0,253	-0,014
		p	0,050	0,549
	P 6 viikon kohdalla	B	0,000	0,011
		Beta	0,001	0,074
		p	0,993	0,403

Lyhenteet: NS = Novelty seeking (elämyshakuisuus); HA = Harm avoidance (vaikeuksien välttäminen); RD = Reward dependence (hyväksynnän hakeminen); P = Persistence (sinnikkyys); AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test; B = standardoimaton regressiokerroin; Beta = standardoitu regressiokerroin

Kuuden viikon kohdalla arvioiduista karakteripiirteistä mitkään eivät selittäneet merkitsevästi käyttäytymisen aktivaatiomallin istuntojen lukumäärää. Yhteistyöhalukkuudella oli kuitenkin heikko positiivinen yhteys ($B = 0,03$; $P = 0,13$), mutta tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Monimuuttaja-analyysin AUDIT-pistemäärä selitti jälleen negatiivisella yhteydellä istuntojen lukumäärää ($B = -0,07$; $P = 0,014$). Naissukupuolella oli heikko positiivinen yhteys ($B = 0,91$; $P = 0,09$). Käyttäytymisen aktivaatiomallin istuntojen lukumäärää selittävän mallin selitysosuus oli 7,1 % ja merkitsevyystaso 0,003, eli malli oli tilastollisesti merkitsevä.

Kuuden viikon kohdalla arvioituista karakteriipiirteistä ei havaittu merkittävää yhteyttä myöskään motivoivan haastattelun istuntojen lukumäärään. Yhteistyöhalukkuudella oli myös tässä mallissa heikko positiivinen yhteys ($B = 0,02$; $P = 0,13$), mutta tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Motivoivan haastattelun istuntojen lukumäärää selittävän monimuuttujamallin selitysosuus oli 11,4 % ja merkitsevyystaso 0,035, eli malli oli tilastollisesti merkitsevä. Tästä suurimman osuuden selitti jälleen sukupuoli; miessukupuolella oli selkeä positiivinen yhteys istuntojen lukumäärän kanssa ($B = 2,80$; $P = 0,001$). Karakteriipiirteiden yhteydet käyttäytymisen aktivaation ja motivoivan haastattelun istuntojen lukumäärien kanssa on esitetty taulukossa (taulukko 4).

Taulukko 4. Karakteriipiirteiden yhteydet motivoivan haastattelun ja käyttäytymisen aktivaation istuntomääriin

Vastemuuttuja			MH hoitokertojen lukumäärä	BA hoitokertojen lukumäärä
Koko malli	Adjustoitu R^2		0,109	0,071
	p		0,039	0,001
Selittäjät	Sukupuoli	B	2,743	-0,913
		Beta	0,455	-0,138
		p	0,002	0,091
	AUDIT-pistemäärä	B		-0,070
		Beta		-0,198
		p		0,014
	SD 6 viikon kohdalla	B	0,003	-0,023
		Beta	0,018	-0,125
		p	0,894	0,147
	C 6 viikon kohdalla	B	0,034	0,024
		Beta	0,224	0,131
		p	0,134	0,133
	ST 6 viikon kohdalla	B	-0,024	0,011
		Beta	-0,122	0,015
		p	0,331	0,493

Lyhenteet: SD = Self directedness (itseohjautuvuus); C = Cooperativeness (yhteistyöhalukkuus); ST = Self transcendence (itsetietoisuus); AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test; B = standardoimaton regressiokerroin; Beta = standardoitu regressiokerroin

Hoidon keskeytymisen syyille ei löydetty merkitsevää yhteyttä alussa eikä kuuden viikon kohdalla arvioituista temperamentti- tai karakteriipiirteistä. Havaittiin, että hoidot keskeyttäneillä oli

keskimäärin hieman muita potilaita korkeampi elämyshakuisuus sekä vaikeuksien välttäminen, mutta tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

5. POHDINTA

Alkutilanteessa mitatut temperamentti- ja karaktääripiirteet eivät olleet yhteydessä kummankaan terapiamuodon hoitokertojen määrään. Kuuden viikon kohdalla arvioituista piirteistä hyväksynnän hakemisella oli heikko, mutta tilastollisesti merkitsevä yhteys motivoivan haastattelun istuntojen lukumäärään. Käyttäytymisen aktivaation istuntojen lukumääriä eivät selittäneet merkitsevästi mitkään piirteet. Sukupuoli oli merkitsevä selittäjä lähes kaikissa malleissa siten, että naissukupuolella oli positiivinen yhteys käyttäytymisen aktivaation istuntojen lukumääriin, ja negatiivinen yhteys motivoivan haastattelun istuntojen lukumääriin. Korkealla AUDIT-pistemäärällä oli myös negatiivinen yhteys käyttäytymisen aktivaation istuntojen lukumääriin.

5.1 Tulokset suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin

Ei ole tiedossa, että vastaavaa tutkimusta TCI-R mallin piirteiden yhteydestä käyttäytymisen aktivaation ja motivoivan haastattelun hoitokertojen määrään olisi tehty aiemmin. Ylipäänsä persoonallisuuden vaikutusta hoitoon sitoutumiseen on tutkittu hyvin vähän.

Five-factor -persoonallisuusmallin pohjalta on kuitenkin tutkittu psykiatriseen hoitoon sitoutumista laajemmalla skaalalla. Five-factor mallin persoonallisuuden piirteitä analysoimalla on havaittu, että korkeampi avoimuus ja tunnollisuus ennustivat parempaa hoitoon sitoutumista, kun taas ekstroversio ennusti heikompaa sitoutumista (50). Näillä piirteillä on jonkin verran yhteyttä Cloningerin mallin piirteisiin siten, että avoimuudella on yhteys itsetietoisuuteen, tunnollisuudella itseohjautuvuuteen ja sinnikkyYTEEN, ja ekstroversiolla elämyshakuisuuteen ja hyväksynnän hakemiseen sekä käänteisesti vaikeuksien välttämiseen (51). Nämä eivät ole kuitenkaan yksiselitteisiä yhteyksiä, vaan ainoastaan merkittävimpiä yhteyksiä näiden persoonallisuutta kuvaavien mallien välillä. Ekstroversion yhteys heikkoon hoitoon sitoutumiseen on jonkin verran ristiriidassa tämän tutkimuksen löydöksen kanssa. Kuitenkin piirteen monet ulottuvuudet, kuten yhteys elämyshakuisuuteen saattaa viedä sitoutumista negatiiviseen suuntaan, joten tulosten vertailu

on melko hankalaa. Tulokset ovat heikosti rinnastettavissa tähän tutkimukseen myös siksi, että kyse on erilaisista terapiamuodoista. Vähemmän osallistavien terapiamuotojen voisi ajatella suosivan erityyppisten persoonallisuuksien sitoutumista.

Aiheesta on tehty aiemmin hoitotuloksiin keskittyviä tutkimuksia, ja niiden mukaan parempi hoitotulos kaksoisdiagnoosipotilaiden ryhmässä saavutettiin potilailla, jotka saivat korkean pistemäärän hyväksynnän hakemisessa ja positiivinen muutos tässä piirteessä oli yhteydessä masennuksesta toipumiseen (42, 43). Tämän tutkimuksen tulos viittaa siihen, että motivoivalla haastattelulla voisi olla merkittävä rooli päihdeongelman lisäksi masennuksen hoidossa, sillä sama piirre on yhteydessä motivoivan haastattelun hoitokertojen määrään ja kaksoisdiagnoosipotilaiden masennuksesta toipumiseen, ja terapiasta hyötyivät parhaiten todennäköisesti ne, jotka kävivät siinä eniten. Tätä voisi selittää se, että päihdeongelman väistyessä on myös masennusoireisto helpottanut tässä alaryhmässä.

Aikaisempien tutkimusten mukaan myös pelkästä depressiosta kärsivillä on löydetty piirteitä, jotka ovat yhteydessä masennuksesta toipumiseen. Tällaisia ovat muun muassa itseohjautuvuus ja itsetietoisuus sekä erityisesti vaikeuksien välttäminen, jonka vähenemisen on todettu useissa tutkimuksissa olevan merkittävässä yhteydessä masennusoireiston helpottumiseen (37, 42). Tämän tutkimuksen mukaan ei kuitenkaan löytynyt yhteyttä näiden piirteiden ja hoitokertojen väliltä, joten tällaisen persoonallisuusprofiilin potilaiden voisi ajatella hyötynneen erityisen hyvin joko masennuslääkityksestä tai pienemmästä määrästä terapiaistuntoja. Tämä tutkimus keskittyi kuitenkin myös tutkimaan vain persoonallisuuden tilaa kahtena ajankohtana, ei sen muutosta sillä välillä. Jos olisi tutkittu persoonallisuuden piirteiden muutoksia hoidon aikana, olisi yhteyksiä näiden piirteiden muutoksissa ja hoitokertojen määrässä mahdollisesti voitu havaita.

5.2 Tulosten tulkinta

Alkutilanteessa ja kuuden viikon kohdalla arvioituista temperamentti- ja karaktääripiirteistä tehdyt analyysit erosivat selvästi. Alkutilanteessa mitatuista persoonallisuuden piirteistä mikään ei ollut yhteydessä hoitokertojen määrään, mutta kuuden viikon kohdalla mitatuista piirteistä löytyi yksi tilastollisesti merkitsevä yhteys, sekä muutama heikompi yhteys. Näiden erojen voidaan ajatella selittyvän sillä, että alkutilanteessa kaikki kärsivät vähintään keskivaikeasta masennuksesta, mikä vaikuttaa ilmeneviin persoonallisuuden piirteisiin nostamalla muun muassa vaikeuksien välttämistä ja laskemalla itseohjautuvuutta (52). Kuuden viikon kohdalla potilaat ovat saaneet hoitoa, joten

todetut piirteet ovat lähempänä potilaiden todellista, tervettä persoonallisuutta. Tällöin eri potilaiden persoonallisuuden ulottuvuudet vastaavat paremmin pitkäaikaista profilia, jolloin tuloksia voidaan pitää luotettavampina.

Kuuden viikon kohdalla arvioitu korkea hyväksynnän hakeminen oli tilastollisesti merkitsevä selittäjä motivoivan haastattelun istuntojen lukumäärälle. Tätä voidaan pitää uskottavana tuloksena, sillä hyväksynnän hakeminen ilmenee muun muassa avoimuutena kommunikaatiolle sekä riippuvuutena muiden hyväksynnästä. Motivoiva haastattelu on potilasjohtoinen terapiamuoto, jossa potilas johtaa keskustelua terapeutin ohjailevien kysymysten avulla. Näin ollen voidaan ajatella, että tässä piirteessä korkean pistemäärän saaneet ovat avoimempia myös motivoivalle haastattelulle ja käyvät istunnoissa keskimäärin enemmän. Mielenkiintoista oli kuitenkin, että hyväksynnän hakemisella ei ollut mitään yhteyttä käyttäytymisen aktivaation istuntomääriin. Tämän voisi ajatella johtuvan siitä, että lähtökohtaisesti korkean pistemäärän tässä piirteessä saaneet potilaat sitoutuisivat hyvin myös käyttäytymisen aktivaatioon, mutta motivoivassa haastattelussa eniten käyneet kävivät vähemmän käyttäytymisen aktivaatiossa.

Sukupuolen yhteys kumpaankin terapiamuotoon on selkeä, ja tuli esiin lähes jokaisessa mallissa. Suurempi osa kaksoisdiagnoosipotilaista on miehiä, sillä miehet kärsivät selkeästi enemmän alkoholiongelmista. Tästä syystä motivoivan haastattelun istuntojen lukumäärä miehillä oli suurempi kuin naisilla. Naisista taas suurempi osa kärsi pelkästä masennuksesta, ja naiset osallistuivat siksi enemmän käyttäytymisen aktivaatio -istuntoihin.

AUDIT -pistemäärän negatiivinen yhteys käyttäytymisen aktivaatioon selittyy samalla yhteydellä, kuin miessukupuolen kohdallakin. Korkean AUDIT -pistemäärän saaneet osallistuivat enemmän motivoiva haastattelu -istuntoihin, jolloin puolestaan käyttäytymisen aktivaatio -istuntojen määrä jäi pienemmäksi. Syynä tähän voisi olla se, että motivoiva haastattelu oli kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitojärjestyksessä ensimmäinen, eikä käyttäytymisen aktivaatiota aloitettu ennen kuin motivoivan haastattelun keinoin oli päästy riittävässä yhteisymmärryksessä keskustelemaan päihteiden käytöstä. Motivoivan haastattelun epäonnistuminen saattoi siis olla esteenä päihdeongelmaisen käyttäytymisen aktivaatiolle. Toisaalta taas päihdeongelmaisten kohdalla käyttäytymisen aktivaatiolle ei välttämättä ollut yhtä suurta tarvetta kuin pelkästään masentuneiden ryhmässä, sillä ongelmajuomisella ja masennuksella on usein selkeä syy-yhteys ja motivoiva haastattelu vaikuttaa näin myös masennukseen.

Temperamentti- ja karaktääripiirteet ovat itsenäisiä persoonallisuuteen vaikuttavia tekijöitä, joiden vaikutus potilaan käyttäytymiseen on ilmeinen. Ne selittävät motivaatiota tietyille toiminnalle, mistä syystä niiden voisi ajatella selittävän motivaation joko osallistua terapiaan tai keskeyttää se.

Hypoteettisesti voisi ajatella, että hoitoon sitouttavia piirteitä olisivat korkea hyväksynnän hakeminen, sinnikkyys sekä yhteistyöhalukkuus, sillä nämä hoidot vaativat potilaalta omaa panosta ja kohtalaisen hyvää kykyä keskustella omasta tilanteestaan. Keskeyttämistä voisi ennustaa korkea vaikeuksien välttäminen, sillä tässä piirteessä korkean pistemäärän saaneet välttelevät helpoiten ikävältä tuntuvia asioita. Myös elämishakuisuuden voisi ajatella ennustavan heikkoa sitoutumista piirteen järjestäytymättömän luonteen takia. Näistä piirteistä vain hyväksynnän hakeminen oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä suurempaan motivoivan haastattelun istuntomäärään. Kuitenkin myös yhteistyöhalukkuudella oli heikko positiivinen yhteys istuntomäärään molemmissa terapiamuodoissa ja elämishakuisuudella taas negatiivinen. Lisäksi hoidot keskeyttäneillä oli hieman keskimääräistä korkeampi vaikeuksien välttäminen ja elämishakuisuus. Näitä voidaan pitää suuntaa antavina tuloksina, vaikka ne eivät olekaan tilastollisesti merkitseviä.

5.3 Vahvuudet ja heikkoudet

Tutkimuksessa oli valikoimaton erikoissairaanhoidon aineisto, jossa poissulkukriteerejä oli vain vähän. Tätä voidaan pitää sekä vahvuutena, että heikkoutena tutkimuksen kannalta. Toisaalta valikoitumisharhaa vältettiin hyvin, sillä monipuolinen aineisto edustaa hyvin hoidon laajaa kohderyhmää, mikä tekee tuloksista hyvin yleistettäviä. Ikähaarukka on suuri, ja molemmat sukupuolet ovat hyvin edustettuna. Sukupuolten väliltä löytyi merkittäviä eroja jakaumassa alkoholiongelmaksiin ja ei-alkoholiongelmaksiin, mutta tämä otettiin huomioon tekemällä monimuuttuja-analyysi, jossa sukupuoli oli mukana. Lisäksi miessukupuolen vahva korrelaatio AUDIT-pistemäärän kanssa olisi voinut vääristää monimuuttujamallin tuloksia motivoivan haastattelun istuntomääriä tarkasteltaessa, mutta tämä vältettiin jättämällä AUDIT-pistemäärä pois tästä analyysistä. Näin ollen on epätodennäköistä, että sukupuoli olisi aiheuttanut tulosten vääristymää.

Toisaalta poissulkukriteerien puuttuminen lähes kokonaan herättää kysymyksen, ovatko potilaat liian erilaisia, jotta heitä voitaisiin verrata keskenään tämän tyyppisessä tutkimuksessa, kun ainoana yhdistävänä tekijänä on masennus tai masennus ja päihdeongelma. Esimerkiksi masentuneilla melko yleisesti esiintyviä persoonallisuushäiriöitä ei eritelty ollenkaan, mikä voisi vääristää tiettyjen persoonallisuuden piirteiden riskiosuutta, jos ne ovatkin osana persoonallisuushäiriötä.

Tässä tutkimuksessa persoonallisuushäiriöitä ei kuitenkaan ole diagnosoitu haastattelemalla. Päihdeongelmaisilla otettiin huomioon AUDIT-pistemäärä, joka kertoo ainoastaan alkoholin haitallisesta käytöstä, eikä suoraan viittaa diagnosoitavissa olevaan päihdehäiriöön. Myös muiden huumausaineiden käyttö saattaisi vaikuttaa persoonallisuuteen ja hoitoon sitoutumiseen. Niiden käyttö selvitettiin ainoastaan kysymällä viimeisen vuoden ajalta yhdenkin käyttökerran esiintyminen, joka vei potilaan suoraan päihdeongelmaisten ryhmään.

Kuuden viikon seuranta-aikaa voidaan pitää melko lyhyenä persoonallisuuden korjaantumiselle masentuneen persoonallisuusprofiilista normaaliksi. Hoitovasteet olivat tässäkin ajassa hyviä, mutta pidemmällä seuranta-ajalla olisi voitu saada vielä enemmän toipumiseen liittyvää muutosta persoonallisuuden piirteissä, ja paremmin riskipiirteet esiin. Toisaalta, mikäli masentuneen tai päihdeongelmaisen persoonallisuuden arviointia haluttaisiin käyttää apuna hoitomuodon valinnassa, on alkuvaiheen persoonallisuusprofiili merkittävämpi tekijä, sillä myöhempää persoonallisuusprofiilia ei voida ennustaa, eikä sen pohjalta tehdä alkuvaiheen hoitopäätöksiä.

Aineisto oli tähän tutkimukseen melko pieni, eikä tilastollisesti merkittäviä tuloksia juuri saatu todennäköisesti analysoitavien muuttujien kohtalaisen suuren hajonnan vuoksi. Lisäksi kato tutkimuksen aikana pienensi aineistoa entisestään, ja kuuden viikon kohdalla tarkasteltavana oli 20% pienempi potilasaineisto kuin alkutilanteessa. Suuremmalla aineistolla olisi ollut enemmän tilastollista voimaa, ja riskipersonallisuudet olisivat voineet tulla paremmin esiin niin alkutilanteessa kuin kuuden viikon kohdallakin.

Ongelmallista oli myös se, että suurimmasta osasta potilaista ei palautettu terapeutin kirjoittamaa seurantalomaketta, josta näkyy tieto terapian onnistumisesta sekä keskeytymisen syy, kun hoitoa ei ole enää jatkettu. Niiden potilaiden kohdalla, joista seurantalomake palautettiin, istuntomäärät olivat selkeästi suurempia kuin koko aineistossa (keskiarvo 8,8), joten voidaan olettaa heidän olleen parhaiten hoitoon sitoutunutta potilasaineistoa. Näin ollen persoonallisuuden piirteiden yhteyden arviointi hoidon keskeytymisen syyn kanssa tällä aineistolla oli melko mahdotonta, sillä huonosti terapiassa käyneiden keskeytymisen syitä ei raportoitu, eikä merkittävien tulosten saamiseksi tässä analyysissä näin ollen ollut tarpeeksi aineistoa.

Lisätutkimus persoonallisuuden yhteydestä hoitoon sitoutumiseen olisi siis tarpeen, jotta voitaisiin arvioida vielä paremmin erilaisten hoitomuotojen soveltuvuutta erilaisille potilaille. Tämä tutkimus tehtiin laajaa tutkimustyötä varten kerätyllä valikoimattomalla potilasaineistolla, jossa kaikkia tutkimuksen kannalta oleellisia tietoja ei ollut saatavilla. Tulevaisuudessa voitaisiin kerätä

tutkimusaineisto, jossa tarkasteltaisiin erityisesti hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä, kuten potilaan hoitomyöntyvyyttä, hoidon keskeytymisen syitä ja hoitovastetta. Hyvän hoitovasteen takia lopetettua hoitoa ennustaisivat todennäköisesti täysin eri piirteet, kuin potilaan heikon hoitomyöntyvyyden takia keskeytynyttä hoitoa.

5.4 Päätelmät

Tämä tutkimus yhdessä aikaisempien tutkimusten kanssa viittaa siihen, että persoonallisuus vaikuttaa jossain määrin hoitoon sitoutumiseen, mikä voisi selittää osaltaan sen vaikutusta myös hoitotuloksiin. Potilaan hoitomuodon valinnan kannalta on erittäin tärkeää ymmärtää eri ominaisuuksien vaikutus hoitotuloksiin, mutta tällainen tutkimus auttaa ymmärtämään paremmin, miksi tietynlaisen persoonallisuusprofiilin potilaat hyötyvät tietyistä hoitomuodoista paremmin kuin toiset, sillä hyvien hoitotulosten saavuttamisen tiellä voi olla monia eri syitä. Käyttäytymisen aktivaatio ja motivoiva haastattelu ovat tehokkaiksi todettuja menetelmiä, mutta niiden kohdentamista persoonallisuuden mukaan voitaisiin tutkia tarkemmin. Motivoiva haastattelu näyttäisi sopivan hyvin sosiaalisille ja muiden hyväksynnästä riippuvaisille potilaille, mikä onkin ymmärrettävää, kun kyseessä on potilasjohtoinen keskustelu. Suostuvaisuus yhteistyöhön, ja jonkinasteinen epämukavuuden sieto voisivat olla tärkeitä potilaan ominaisuuksia molemmissa terapiamuodoissa, mikä on myös loogista, sillä varsinkin käyttäytymisen aktivaatio vaatii potilaalta kotitehtävien tekoa, oman mukavuusalueen ulkopuolelle astumista ja sitoutumista. Kuitenkaan tämän tutkimuksen perusteella ei voida erotella tiettyä persoonallisuusprofiilia, joka ennustaisi erityisen huonoa hoitoon sitoutumista, vaan lisätutkimus aiheesta on tarpeen.

Kun tiedetään, millaiset persoonallisuuden piirteet ennustavat heikkoa hoitoon sitoutumista ja alttiutta sen keskeyttämiseen, voidaan niissä korkean pistemäärän saavat potilaat tunnistaa etukäteen ja tehdä mahdollisesti tarvittavia lisätoimia tällaisten potilaiden hoitoon sitouttamiseen. Tarpeen olisikin miettiä, millaisia nämä toimet voisivat olla. Mahdollisesti voitaisiin myös valita toisia, tai kehittää aivan uusia terapiamuotoja sopimaan paremmin sellaisten potilaiden tarpeisiin, jotka näyttävät sitoutuvan huonoiten tämän tyyppiseen terapiaan. Hoidon kohdennus sopivammaksi persoonallisuuden mukaan veisi mahdollisesti hoitoa yksilön kannalta parempaan suuntaan, ja voisi parantaa merkittävästi hoitotuloksia.

LÄHTEET

1. Isometsä E, Depressiiviset häiriöt. Kirjassa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, toim. Psykiatria, Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2017
2. Pirkola SP, Isometsä E, Suvisaari J, Aro H, Joukamaa M, Poikolainen K, Koskinen S, Armoaa A, Lönnqvist JK. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population--results from the Health 2000 Study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005; 40: 1-10
3. Alonso J, Petukhova M, Vilagut G ym. Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. Mol Psychiatry. 2011; 16: 1234-46
4. Depressio. Käypä hoito -suositus, Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2016. www.kaypahoito.fi
5. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. Am J Psychiatry. 2000; 157: 1552-62.
6. Markkula N, Marola N, Nieminen T, ym. Predictors of new-onset depressive disorders - results from the longitudinal Finnish Health 2011 study. J Affect Disord 2016; 208: 255-64.
7. Kendler KS, Hettema JM, Butera F, Gardner CO, Prescott CA. Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. Arch Gen Psychiatry. 2003; 60: 789-96.
8. Isometsä E. Depressio. Lääkäriin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim, 2018
9. Isometsä E, Karlsson H. Masennukseen vaikuttavat biologiset tekijät. Kirjassa: Kampman O, Heiskanen T, Holli M, Huttunen MO, Tuulari J, toim. Masennus, Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2018
10. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G ym. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. J Consult Clin Psychol 2008; 76: 909-22
11. Kanter J.W., et al., What is behavioral activation?, Clinical Psychology Review (2010).
12. Luoto KE, Lindholm LH, Paavonen V, Koivukangas A, Lassila A, Leinonen E, Kampman O. Behavioral activation versus treatment as usual in naturalistic sample of psychiatric patients with depressive symptoms: a benchmark controlled trial. BMC Psychiatry. 2018 Jul 27; 18(1): 238
13. Kessler RC, McGonagle KA ym. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. Br J Psychiatry Suppl 1996;: 17-30
14. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. Arch Gen Psychiatry 2009; 66: 260-6
15. Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus, Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018. www.kaypahoito.fi
16. Aalto M. Kaksoisdiagnoosi. Lääkäriin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim, 2018
17. Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. Biol Psychiatry 2004; 56: 730-7.
18. Kiianmaa K, päivittänyt Seppälä T. Alkoholiriippuvuus. 2015. www.paihdelinkki.fi
19. Kuoppasalmi K, Heinälä P, Lönnqvist J. Päihdehäiriöt. Kirjassa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, toim. Psykiatria, Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2017
20. Hasin D, Samet S, Nunes E ym. Diagnosis of comorbid psychiatric disorders in substance users assessed with the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV. Am J Psychiatry 2006; 163: 689-96
21. Aalto M. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö - kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2007; 123(11): 1293-8

22. Ojehagen A, Berglund M, Appel CP ym. A randomized study of long-term out-patient treatment in alcoholics. Psychiatric treatment versus multimodal behavioural therapy, during 1 versus 2 years of treatment. *Alcohol Alcohol* 1992; 27: 649-58
23. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res* 1998; 22: 1300-11
24. Hettema J, Steele J, Miller WR, Motivational Interviewing, *Reviewing Clinical Psychology*. 2005; 1: 91-111
25. Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 1995; 23: 325-334
26. Lahti J, Rakkolainen M, Koski-Jännes A. Motivoiva haastattelu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 2013; 129(19): 2063-9
27. Allport GW (toim.) *Personality: A psychological interpretation*. New York, Holt, 1951.
28. Metsäpelto R, Feldt T, toim. Meitä on moneksi, *Persoonallisuuden psykologiset perusteet*, 2009.
29. Digman JM. Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*. 1990; 41: 417-440.
30. Kampman O, Poutanen O, Aromaa E, Temperamentti ja persoonallisuushäiriöt masennuksen muovaajina. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 2013; 129(18): 1908-15
31. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character, *Archives of general psychiatry*. 1993 Dec; 50(12):975-90
32. Cloninger CR. Biology of personality dimensions. *Current opinion in psychiatry*. 2000 Nov; 13(6): 611-616
33. Cloninger CR. A systematic method for clinical description of personality variants. *Archives of general psychiatry*. 1978; 44: 573-588
34. Stallings MC, Hewitt JK, Cloninger CR, Heath AC, Eaves LJ. Genetic and Environmental Structure of the Tridimensional Personality Questionnaire: Three or Four Temperament Dimensions? *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996; 70(1): 127-140
35. Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. Linking "Big" Personality Traits to Anxiety, Depressive, and Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*. 2010; 136(5): 768-821
36. Dermody S, Quilty L, Bagby R. Interpersonal impacts mediate the association between personality and treatment response in major depression. *Journal of Counseling Psychology*. 2016; 63(4): 396-404
37. Kampman O, Poutanen O. Can onset and recovery in depression be predicted by temperament? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2011 Dec; 135(1-3): 20-27
38. Rosentröm T, Jylhä P, Cloninger CR, Hintsanen M, Elovainio M, Mantere O. Temperament and character traits predict future burden of depression. *Journal of Affective Disorders*. 2014; 158: 139-147
39. Cloninger CR, Zohar AH, Hirschmann S, Dahan D. The psychological costs and benefits of being highly persistent: personality profiles distinguish mood disorders from anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2012 Feb; 136(3): 758-66
40. Sher KJ, Bartholow BD, Wood MD. Personality and substance use disorders: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000 Oct; 68(5): 818-829
41. Rae AM, Joyce PR, Luty SE, Mulder RT. The effect of a history of alcohol dependence in adult major depression. *Journal of Affective Disorders*. 2002; 70: 281-290
42. Paavonen V, Luoto K, Koivukangas A, Leinonen E, Kampman O. Temperament and character profiles associated with depression and treatment response in patients with or without comorbid substance abuse. *Psychiatry Research*. 2016 Nov 30; 245: 250-258
43. Paavonen V, Luoto K, Koivukangas A, Leinonen E, Kampman O. Temperament and character profiles are associated with depression outcome in psychiatric secondary care patients with harmful drinking. *Comprehensive Psychiatry*. 2018 Jul; 84: 26-31

44. Heinonen E, Kurri K, Melartin T. Sopiiko potilaalleni psykoterapia? Suomen Lääkärilehti. 2016; 71(15): 1072-1076
45. Ostrobothnia Depression Study (ODS). A Naturalistic Follow-up Study on Depression and Related Substance Use Disorders. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02520271>
46. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry. 1979; 134: 382-389
47. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption II. Addiction. 1993; 88(6): 791-804
48. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry. 1998; 59 Suppl 20:57
49. Pelissolo A, Mallet L, Baleyte J-M, Michel G, Cloninger CR, Allilaire J-F, Jouvent R. The Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R): psychometric characteristics of the French version. Acta Psychiatr Scand 2005; 112: 126-133
50. Miller JD, Pilkonis PA, Mulvey EP. Treatment utilization and satisfaction: Examining the contributors of Axis II psychopathology and the five-factor model of personality. Journal of Personality Disorders. 2006; 20: 369-387
51. De Fruyt F, De Wiele L. Van, Van Heeringen C. Cloninger's psychobiological model of temperament and character and the Five-Factor Model of personality. Personality and Individual Differences. 2000; 29(3): 441-452
52. Zaninotto L, Solmi M, Toffanin T, Veronese N, Cloninger CR, Correll CU. A meta-analysis of temperament and character dimensions in patients with mood disorders: Comparison to healthy controls and unaffected siblings. Journal of affective disorders. 2016; 194: 84-97